Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Küttner.)

Zur Lehre über Nierenstein-Erkrankung.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Hermann Lissner.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Geheimrat Professor Dr. Küttner.

Nach kurzem Überblick über das Vorkommen von Nierensteinen in den verschiedenen Lebensaltern, ihre Größe, Entstehungsweise, Auftreten in verschiedenen Gegenden, die pathologischen Veränderungen, die die Stein-Erkrankung in der Niere verursachen kann, werden die klinischen Störungen infolge der Nierenkalkulose näher betrachtet. Es wird gezeigt, daß es nicht auf die absolute Größe des Steins ankommt, sondern auf seine Größe in Beziehung zu dem Ausführungskanale. Ein großer ruhender Stein, der den Harnabfluß nicht behindert, braucht keine Störungen herbeizuführen; dahingegen kann ein kleiner mobiler Stein, der den Beckenausgang oder einen Kelchhals verlegt, die stärksten Koliken herbeiführen. Dem entspricht auch die Indikation zur Operation. Ein aseptisch in der Niere ruhend liegender großer Stein muß nicht unbedingt entfernt werden, wohl aber ein kleiner Stein, wenn er heftige Koliken verursacht. Ebenso ist die Operation indiziert bei einem Stein mit Infektion der Niere und der damit verbundenen Gefahr der Progredienz der Infektion der Niere und den sie begleitenden Schädigungen des Organismus. Die interne Medikation ist zur Entfernung der Steine von sehr zweifelhaftem Erfolg, daher kommt bei etwa notwendiger Beseitigung des Steins nur die Operation in Betracht. — Es folgt ein Überblick über die Geschichte der Nieren-Operationen, die Bedeutung der Cystoskopie, der funktionellen Nieren-Untersuchung und der Röntgenphotographie für die Diagnostik der Nierenstein-Erkrankung. Eingehender behandelt wird der für geeignete Fälle erfolgte Übergang von der radikalen Nephrektomie zur konservativen Operationsmethode, die Ne-

phrotomie, Pyelotomie, der Querschnitt, Radiärschnitt, die Bedeutung des Röntgenbefundes in vielen Fällen für die Indikation zur Nephrotomie oder Pyelotomie. Bei der Betrachtung der Pyelotomie wird die Frage kritisch behandelt, wo das Becken inzidiert werden soll, ob an der hinteren, vorderen oder unteren Wand. Die Inzision an der unteren Beckenwand sei vorzuziehen, was eingehend begründet wird. Reicht die Pyelotomie zur Extraktion des Steines nicht aus, so soll man den Schnitt an der hinteren Beckenwand nicht direkt in das Parenchym fortsetzen. Der große dorsale Hauptast der Nierenarterie würde durchschnitten werden, und eine starke arterielle Blutung und ein großer Niereninfarkt wären die Folge. Zondek wendet auch nicht den Simon-Marwedelschen Schnitt an der vorderen Wand des Beckens und seine eventuelle direkte Fortsetzung in die vordere Nierenwand an. Wohl aber kombiniert er die Pyelotomie gegebenenfalls mit einem typischen Radiär- oder Längsschnitt. Es folgt eine Krankengeschichte von einer derartigen von Zondek ausgeführten Pyelotomie kombiniert mit einem Radiärschnitt.